

2016 Diciembre, 6(5): 1-1

DENGUE EN NIÑOS / ADOLESCENTES DEL ÁREA GRAN LA PLATA

Morales J^{1,3}; Girard Bosch C²; Uriarte V^{1,3}; García M^{1,3}; Sosa M¹, Langard M¹; Minervini M⁴; González Ayala S^{1,3}

¹Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Provincia de Buenos Aires. ²Laboratorio de Inmunoserología, Laboratorio Central, Hospital de Niños Sor María Ludovica, La Plata, Provincia de Buenos Aires. ³Cátedra Infectología, Facultad Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. ⁴Laboratorio de Virología, Laboratorio Central, Hospital San Juan de Dios, La Plata

silvia.segayala@gmail.com

Introducción

El dengue es una enfermedad reemergente en Argentina desde 1997-1998. Se produjeron epidemias focalizadas con impacto variable en distintas áreas del norte hasta que en el año 2009 ocurrió la primera epidemia de la reemergencia por Dengue serotipo 1 con casos autóctonos en numerosas jurisdicciones. No se registraban antecedentes de presentación de la enfermedad en la edad pediátrica en la atención ambulatoria ni la internación en nuestro medio hasta la segunda epidemia en el corriente año.

Objetivos

Describir las características clínico-epidemiológicas de los niños / adolescentes con dengue.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo prospectivo observacional directo en el marco del Proyecto de Estudio de las Enfermedades Emergentes y Reemergentes. Fueron evaluados 109 niños/adolescentes con síndrome febril indiferenciado y sospecha de dengue, asistidos en el Servicio de Infectología durante el período 09-01 al 03-08-2016. Las determinaciones específicas para el diagnóstico de dengue se realizaron en dos Laboratorios de la Red Nacional para el Diagnóstico de Dengue: Laboratorio de Virología del Hospital de Niños Sor María Ludovica y Laboratorio de Virología del Hospital San Juan de Dios, cabecera de la Red para la Región Sanitaria XI.

Resultados

El diagnóstico de caso sospechoso de dengue se formuló según la definición vigente. Fueron confirmados 22 casos (20,2%) por técnica de RT-PCR Dengue 1; probables, 22 casos (20,2%) por técnicas de ELISA para NS1 o IgM específica. La consulta espontánea en el Servicio de Infectología fue en el 39,4% (n=43), el 60,6% (n=66) fue derivado previa consulta en los Servicios de Emergencia o Consultorios Externos del Hospital o desde instituciones de salud privadas y desde otros Hospitales públicos. De los 22 casos confirmados, 10 (45,5%) se presentaron en viajeros al exterior, rango edad 2-14 años; 11 (50%) en viajeros en el país (Misiones, Formosa y Corrientes), rango edad 7 meses-13 años; y, 1 (4,5%) fue autóctono (6 años). Entre los casos probables, 3 (13,6%) fueron en niños viajeros al exterior, rango de edad 4-12 años y 19 (86,4%) en viajeros al interior, rango edad 2-12 años. La duración del síndrome febril a la consulta osciló entre 1-10 días. Los casos confirmados cursaron con síndrome infeccioso inespecífico en el 45,5% (n=10), 22,7% (n=5) con manifestaciones hemorrágicas (epistaxis, hematuria) y 31,8% (n=7) con manifestaciones digestivas (vómitos). El síndrome infeccioso inespecífico fue la forma más frecuente de presentación en los casos probables 90,9% (n=20) y la otra la digestiva, 9,1% (n=2).

Conclusiones

Se destacan la importancia de: la necesidad del trabajo conjunto del subsector salud con el de operadores turísticos y empresas de transporte para promover la consulta previaje (recomendaciones sobre el riesgo de exposición, uso de repelente/mosquiteros, ropa adecuada) así como también ante la presentación de síndrome febril durante el viaje o en el postviaje, la información oportuna a la población sobre la evolución de la situación epidemiológica en nuestro país, la consulta inmediata ante la presentación de fiebre sin compromiso de la vía aérea superior, la capacitación de los miembros del equipo de salud en todos los niveles, el alerta en el primer nivel de atención para la sospecha diagnóstica, el cumplimiento del flujograma para la atención, la notificación inmediata del caso sospechoso, la toma de muestra para el diagnóstico etiológico y las acciones de control en el foco dentro de las 24 horas de la notificación del caso.